



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB
FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ELIZABETH ALVES DE JESUS

**O FOMENTO AO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA
SAÚDE E SEUS REFLEXOS NOS LABORATÓRIOS OFICIAIS
PRODUTORES DE ANTIRRETROVIRAIS**

Ceilândia – DF, 2013.

ELIZABETH ALVES DE JESUS

**O FOMENTO AO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA
SAÚDE E SEUS REFLEXOS NOS LABORATÓRIOS OFICIAIS
PRODUTORES DE ANTIRRETROVIRAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Saúde Coletiva, da Faculdade de
Ceilândia da Universidade de Brasília,
como requisito para obtenção do Grau de
Bacharela em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Everton Nunes da Silva

Ceilândia – DF, 2013.

Jesus, Elizabeth Alves.

O Fomento ao Complexo Econômico-Industrial da Saúde e seus reflexos nos laboratórios oficiais produtores de antirretrovirais/ Elizabeth Alves de Jesus, 2013.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Curso de Graduação em Saúde Coletiva, 2013.

Orientação: Everton Nunes da Silva

1.Saude e Desenvolvimento 2.
Complexo da Saúde 3.
Assistência Farmacêutica

O FOMENTO AO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE E
SEUS REFLEXOS NOS LABORATÓRIOS OFICIAIS PRODUTORES DE
ANTIRRETROVIRAIS

ELIZABETH ALVES DE JESUS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, como exigência para a obtenção do grau de Bacharel e, Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em ____/____/____

Prof. Dr. Everton Nunes da Silva

Universidade de Brasília

Faculdade de Ceilândia

Orientador

Profa. Priscila Almeida Andrade

Universidade de Brasília

Faculdade de Ceilândia

Membro Titular

Prof. Luiz Henrique Costa

Ministério da Saúde

Membro Titular

Brasília, 18 de dezembro de 2013.

Dedicatória

Primeiramente a Deus, por ser minha fortaleza, por sua proteção, e amor, sem Ele eu nada seria. À minha família, especialmente meus amados pais, por tudo que lutaram e pelo melhor de si que me doaram para que eu chegasse até aqui. Aos amigos e ao companheiro pelo amor, apoio e carinho. A meu querido orientador, pela paciência e empenho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos aqui mencionados por todo o carinho, apoio e dedicação que me proporcionaram ao longo de toda esta caminhada.

Agradeço ao Prof. Dr. Everton Nunes da Silva, por seu papel impecável de orientador, exercido com dedicação, sabedoria, paciência e êxito, indo desde a escolha do tema até a finalização desta etapa tão importante em minha vida. Sinto-me honrada por ter sido sua orientanda, e orgulhosa e lisonjeada por tê-lo como educador.

Agradeço à parceria realizada entre a Universidade de Brasília e o Ministério da Saúde, que me proporcionou a experiência vivida no estágio supervisionado em Saúde.

Agradeço à Coordenação Geral de Assistência e Medicamentos Estratégicos (CGAME/DAF/SCTIE/MS) e aos seus profissionais pelo acolhimento e aprendizado proporcionados, em especial ao coordenador Dr. Luiz Henrique Costa e o consultor técnico Rafael Nunes Santana, por toda a paciência, confiança e conhecimentos a mim dispensados, imprescindíveis na construção deste trabalho.

Agradeço à banca examinadora Profa. Dra. Priscila Almeida Andrade e Dr. Luiz Henrique Costa, por terem aceitado o convite e poderem contribuir ainda mais para a construção desta obra. Será uma honra tê-los como avaliadores.

Agradeço aos meus queridos mestres, que me proporcionaram tanto conhecimento técnico e aprendizado pessoal, tanto para a minha formação profissional quanto para a formação do que sou hoje. Mestres estes que foram e sempre serão inspiradores e exemplos de vida para mim. A vocês meu sincero agradecimento e minha eterna admiração.

Agradeço ainda a todos aqueles que, embora não estejam aqui mencionados, contribuíram de alguma forma para a conclusão desta etapa.

LISTA DE ABREVIATURAS

Assistência Farmacêutica	AF
Banco de Preços em Saúde	BPS
Complexo Econômico- Industrial da Saúde	
CEIS	
Coordenação Geral de Assistência e Medicamentos Estratégicos.....	CGAME
Departamento De Assistência Farmacêutica	
DAF	
Ministério da Saúde	
MS	
Sistema Único de Saúde	
SUS	
Plano de Ação em Ciência, Tecnologia e Inovação	
PACTI	

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Complexo Industrial da Saúde- Caracterização geral	15
Figura 2 - Contexto político e institucional do CEIS	16

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição de laboratórios oficiais produtores de medicamentos para o tratamento do HIV/Aids por estado, entre 2006 e 2012	34
Gráfico 2 - Distribuição dos laboratórios privados produtores de medicamentos para o tratamento do HIV/Aids por estado	35
Gráfico 3 - Análise da evolução da participação dos laboratórios oficiais no dispêndio total das aquisições de antirretrovirais do Ministério da Saúde entre 2006 e 2012 (%)	36
Gráfico 4 - Evolução da participação da produção dos laboratórios oficiais entre os anos de 2006 e 2012	37
Gráfico 5 - Preço unitário das aquisições do antirretroviral Darunavir 300mg realizadas em 2013	38
Gráfico 6 - Preço unitário das aquisições do antirretroviral Etravirina 100mg realizadas em 2013	46
Gráficos 7 - Preço unitário das aquisições do antirretroviral Indinavir 400mg realizadas em 2013	46
Gráficos 8 - Preço unitário das aquisições do antirretroviral Lamivudina 10mg/ml realizadas em 2013	47
Gráfico 9 - Preço unitário das aquisições do antirretroviral Lamivudina 150mg realizadas em 2013	47
Gráfico 10 – Preço unitário das aquisições do antirretroviral Liponavir 200mg + Ritonavir 50mg realizadas em 2013.	48
Gráfico 11 - Preço unitário das aquisições do antirretroviral Neviparina 200mg realizadas em 2013	48
Gráfico 12 - Preço unitário das aquisições do antirretroviral Efavirenz 200mg realizadas em 2013	49
Gráfico 13 - Preço unitário das aquisições do antirretroviral Ritonavir 100mg realizadas em 2013	49
Gráfico 14 - Preço unitário das aquisições do antirretroviral Tenofovir 300mg realizadas em 2013	50

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização das políticas de desenvolvimento econômico 1922- 2013	24
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da produção de medicamentos, de fabricantes e do dispêndio total com antirretrovirais adquiridos pelo MS no período 2006-2012.	33
---	----

RESUMO

O complexo econômico- industrial da saúde (CEIS) configura-se hoje como um lócus estratégico na política de desenvolvimento nacional. Tendo em vista essa centralidade, o presente estudo dedicou-se ao estudo do CEIS, visando analisar as ações implementadas pelo governo federal de fomento ao complexo econômico-industrial da saúde e seus reflexos na aquisição de medicamentos para HIV/Aids, a fim de analisar a participação dos laboratórios oficiais na produção de medicamentos antirretrovirais. A metodologia empregada foi de caráter descritivo utilizando-se da revisão de literatura e análise estatística básica utilizando o software Microsoft Office Excel 2010, para análise das aquisições dos antirretrovirais entre 2006 e 2012. Além disso, utilizaram-se ainda os dados constantes no Banco de Preços em Saúde (BPS) do Ministério da Saúde referente às compras do ano de 2013, como comparador para as aquisições realizadas pelo Ministério da Saúde no mesmo período. De todas as aquisições realizadas entre os anos de 2006 a 2012, 62% do valor total em reais são relativos a compras realizadas em laboratórios privados e 38% relativos às compras realizadas em laboratórios oficiais. Verificou-se um aumento da participação dos laboratórios oficiais na produção de medicamentos antirretrovirais. Notou-se nesse período também um deslocamento dos polos produtivos oficiais Rio de Janeiro- São Paulo para Pernambuco e Minas Gerais, sendo estes últimos responsáveis por 57% da produção total dos laboratórios. Os reflexos do fomento ao CEIS têm sido favoráveis, a exemplo o crescimento da participação dos laboratórios oficiais na produção de medicamentos. Essas medidas são, portanto, de grande relevância para a conformação do sistema nacional de inovação e um desenvolvimento do país como um todo.

Palavras Chave: Complexo econômico- industrial da saúde; saúde e inovação; antirretrovirais; laboratórios públicos oficiais.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	14
2.	MARCO TEÓRICO-REFERENCIAL	20
	2.1 Políticas de Saúde e complexo produtivo	20
	2.2 A inserção do CEIS na agenda política nacional	26
3.	OBJETIVOS	30
	3.1 Objetivo Geral	30
	3.2 Objetivos Específicos	30
4.	METODOLOGIA	31
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
8.	ANEXOS	46
	Anexo 1 - Preço unitário das aquisições do antirretroviral Etravirina 100mg realizadas em 2013	46
	Anexo 2- Preço unitário das aquisições do antirretroviral Indinavir 400mg realizadas em 2013	46
	Anexo 3- Preço unitário das aquisições do antirretroviral Lamivudina 10mg/ml realizadas em 2013	47
	Anexo 4- Preço unitário das aquisições do antirretroviral Lamivudina 150mg realizadas em 2013	47
	Anexo 5– Preço unitário das aquisições do antirretroviral Liponavir 200mg + Ritonavir 50mg realizadas em 2013.	48
	Anexo 6- Preço unitário das aquisições do antirretroviral Neviparina 200mg realizadas em 2013	48
	Anexo 7- Preço unitário das aquisições do antirretroviral Efavirenz 200mg realizadas em 2013	49
	Anexo 8- Preço unitário das aquisições do antirretroviral Ritonavir 100mg realizadas em 2013	49
	Anexo 9- Preço unitário das aquisições do antirretroviral Tenofovir 300mg realizadas em 2013	50

1. INTRODUÇÃO

O setor saúde representa um locus estratégico na agenda de desenvolvimento do país, uma vez que perpassa tanto as dimensões sociais quanto as econômicas. O eixo social refere-se à promoção do bem estar da saúde da população, já o econômico diz respeito à sua forte base produtiva de bens e serviços além de sua significativa participação na geração, difusão e uso de inovação (GADELHA et al, 2012a).

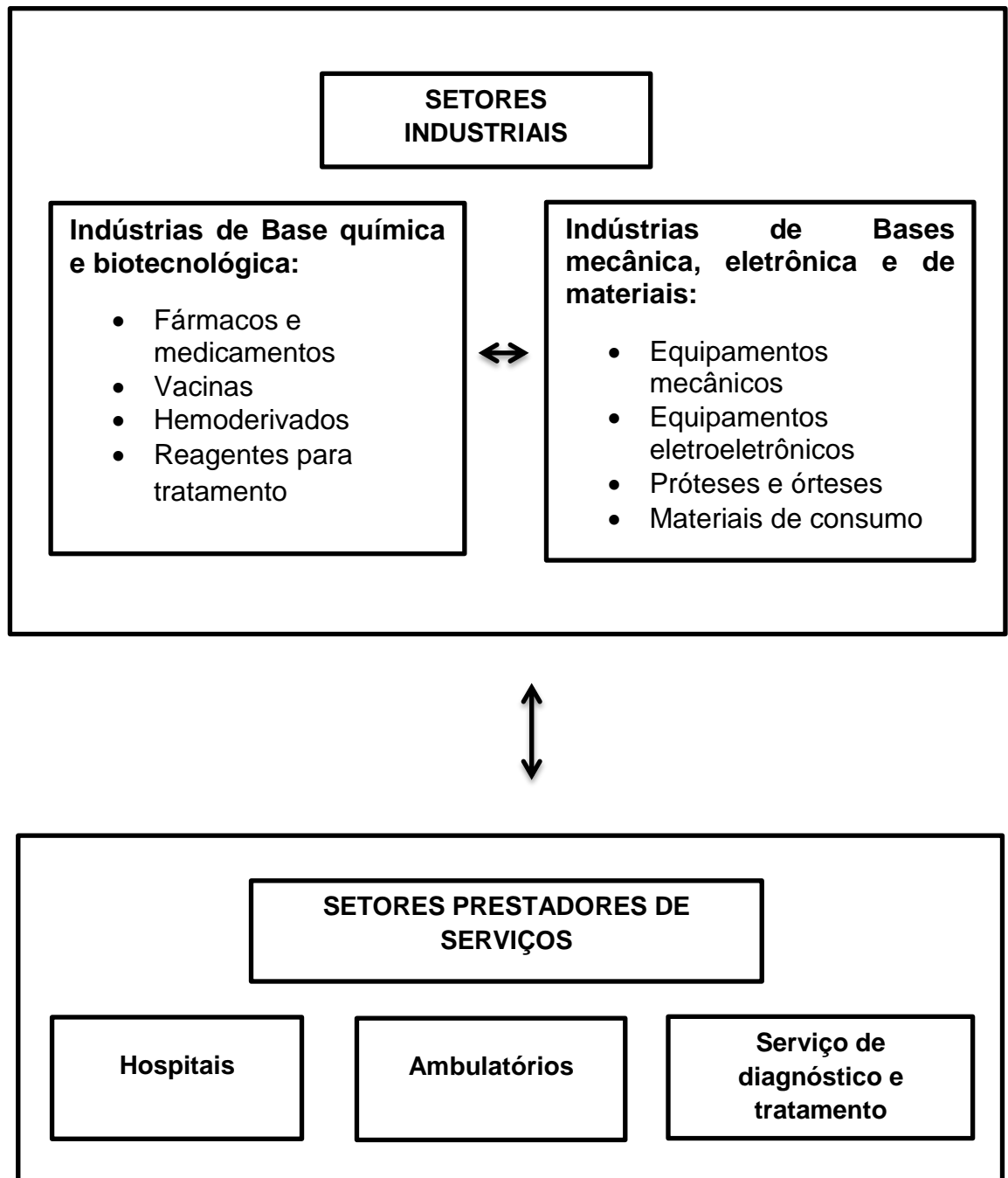
Nesse sentido, a saúde configura-se como um sistema tanto de inovação quanto de produção, uma vez que engloba atividades de caráter industrial e de produção de serviços em saúde (GADELHA et. al., 2012b). O setor saúde apresenta, portanto, o que se define como um Complexo Econômico-Industrial da Saúde, de modo que não se resume a uma simples seleção de atividades, mas representa também um conjunto interligado de bens e serviços em saúde que se movimentam de acordo com a política econômica capitalista (GADELHA, 2003).

Define-se como Complexo Econômico-Industrial da Saúde (CEIS):

“ (...) conjunto de atividades produtivas de base química e biotecnológica, mecânica, eletrônica e de materiais ou de serviços de saúde que mantêm relações intersetoriais de compra e venda de bens e serviços de saúde” (GADELHA, 2003. p.525).

Este subdivide-se em três grupos ou subsistemas dentro do sistema produtivo da saúde e apresenta uma forte interdependência setorial, onde os dois primeiros subsistemas (indústrias de base química e biotecnológica e indústrias de base mecânica, eletrônica e de materiais) produzem bens de consumo e equipamentos como, por exemplo, os fármacos, medicamentos, vacinas, hemoderivados, órteses, próteses e equipamentos eletroeletrônicos que serão consumidos pelo terceiro grupo (prestadoras de serviços em saúde), caracterizando assim uma intersetorialidade e interdependência na prestação do cuidado em saúde, como observado na Figura 1. Isso significa que tais subsistemas configuram mercados interligados e interdependentes entre si, sendo o mercado setorial de prestação de serviços em saúde o que confere organicidade ao complexo, por ser o setor para o qual toda produção dos subsistemas anteriores conflui (CASAS, 2008; GADELHA, 2003, 2006).

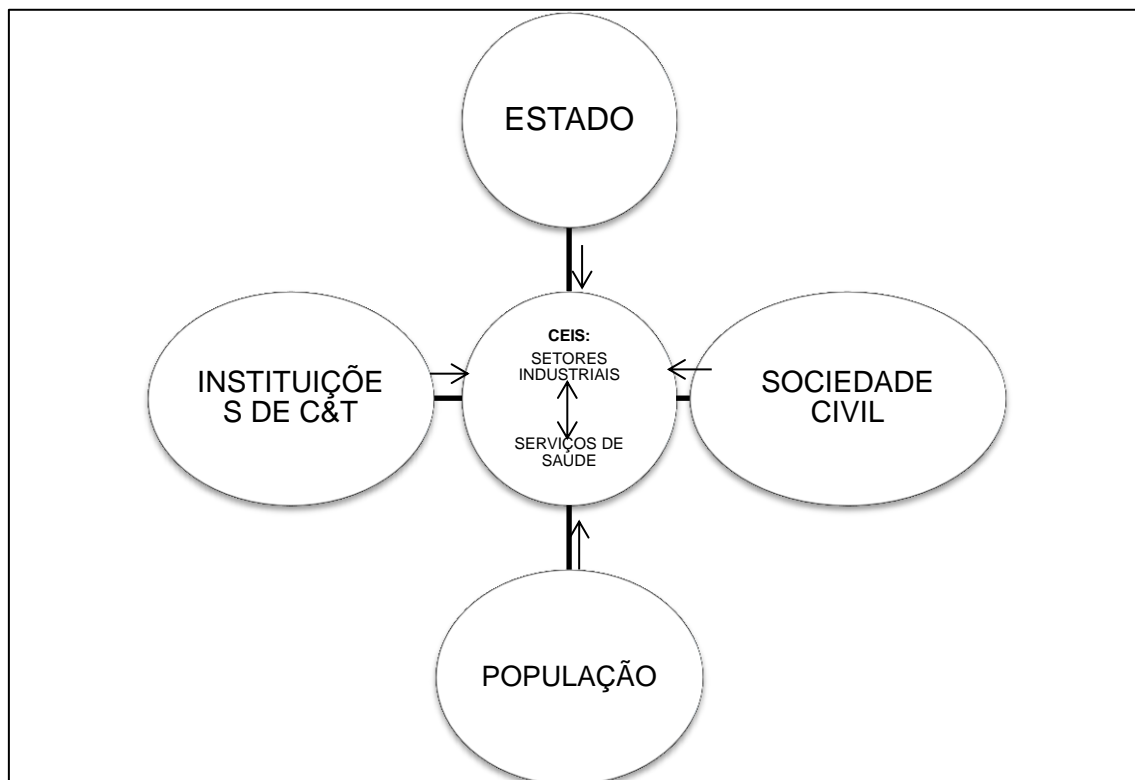
Figura 1: Complexo Industrial da Saúde- Caracterização geral



Fonte: Gadelha, 2003.

Estes mercados (de indústrias e de prestação de serviços) por sua vez sofrem claramente pressões e influências externas que possuem papel fundamental na dinâmica de funcionamento dos mesmos, tais como: i) as instituições de ciência e tecnologia, ao se considerar o seu potencial inovador de difusão de conhecimento e tecnologias, além do fato de que a inovação é hoje um diferencial no mercado competitivo; ii) a sociedade civil, considerando sua grande demanda na prestação dos serviços de saúde; e iii) o Estado, protagonista no papel de mediador dessas influências por meio de seu poder de compra, indução e regulação (CASAS, 2008; FIOCRUZ, 2012; GADELHA, MALDONADO, COSTA, 2012). Esse contexto conforma o cenário político do chamado Sistema Nacional de Inovação em Saúde (Figura 2) que vêm sendo explorado por diversos autores tais como Gadelha (2001, 2002, 2003, 2006) Gadelha, Quental e Fialho (2003), Gadelha, Albuquerque e Cassiolato (2000), Albuquerque, Souza e Baessa (2004), Maldonado e Costa (2008, 2012), , Gadelha et al. (2012a, 2012b),

Figura 2: Contexto político e institucional do CEIS:



Fonte: Maldonado, Gadelha, Costa, 2012.

O objeto do presente estudo será o subsistema de base química e biotecnológica no âmbito dos laboratórios públicos oficiais, tanto pelo seu teor impactante em termos de relevância econômica - altos custos dos produtos produzidos pelo setor- quanto pelo seu impacto na prestação de serviços em saúde, uma vez que é o setor responsável por insumos críticos para a assistência à saúde: medicamentos.

O mercado do setor é liderado, basicamente, pela indústria farmacêutica e é caracterizado pela assimetria na concorrência tendo em vista os grandes monopólios na produção de medicamentos e fármacos, por meio das patentes que asseguram à indústria fabricante a exclusividade nas vendas do produto por um determinado período. Nesse campo, a competitividade é delimitada pela inovação e diferenciação de produtos e geralmente é centralizada nas empresas farmacêuticas líderes, localizadas em países desenvolvidos (GADELHA, MALDONADO, COSTA, 2012; GADELHA, et al, 2012b).

A intensa concentração tecnológica em países desenvolvidos acarreta aos países em desenvolvimento dependência científico-tecnológica, limitando-os a meros executores de protocolos de pesquisas que nem sempre refletem o contexto local, servindo de campo de testes clínicos e atividades com restrito potencial de densidade tecnológica (GADELHA, MALDONADO, COSTA, 2012). Gera-se, assim, um ciclo vicioso de dependência científico-tecnológica e concentração de mercado.

Além disso, a fragilidade nacional em termos de inovação tecnológica é uma ameaça ao atendimento das especificidades do país, onde os interesses das indústrias e sua produção podem não convergir com as demandas necessárias para a população. São exemplos as doenças negligenciadas, tratamento oncológico, tratamento da AIDS, entre outros, comprometendo assim, programas estratégicos da Assistência Farmacêutica (GADELHA, COSTA, MALDONADO, 2012).

Embora o cuidado em saúde não se resume ao uso de medicamentos, estes são determinantes imprescindíveis na resolubilidade da atenção e dos serviços prestados em saúde e constituem um importante locus de destinação dos recursos financeiros do SUS (BRASIL, 2011).

No âmbito do SUS, a Assistência Farmacêutica (AF) foi estabelecida como política em 2004. Trata-se de uma ação de saúde pública integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), que reúne um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da promoção do acesso a

medicamentos e seu uso racional. Essas ações vão desde o incentivo à pesquisa e desenvolvimento de medicamentos para controle e combate às enfermidades até a aquisição e repasse deles à população. Cabe ainda à assistência farmacêutica avaliar a incorporação e a utilização destes medicamentos (BRASIL, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013c).

A AF representa hoje uma das áreas que demandam maiores recursos financeiros e com maior impacto no orçamento do SUS. Os recursos da AF são de responsabilidade das três esferas de governo e pactuados na Comissão Intergestora Tripartite (CIT). O financiamento é feito por blocos de repasses de recursos, havendo um específico para a AF, o qual é constituído por três componentes: i) o Componente Básico, que visa à aquisição de medicamentos no âmbito da atenção primária em saúde - diabetes, hipertensão, entre outros; ii) o Componente Especializado, que se refere aos medicamentos de alto custo, antes conhecidos como medicamentos excepcionais - doenças raras, artrite reumatoide, entre outras; iii) e o Componente Estratégico, destinado a patologias específicas com abordagem terapêutica pré-estabelecida e geralmente associadas a doenças de perfil endêmico (BRASIL, 2011).

São de responsabilidade do Componente Estratégico os medicamentos de tratamento das doenças negligenciadas: tuberculose, hanseníase, malária, doença de Chagas, cólera, esquistossomose, leishmaniose, filariose, influenza, meningite, oncocercose, peste e tracoma; os hemoderivados para tratamento de lúpus eritematoso sistêmico e da doença enxerto versus hospedeiro; imunobiológicos - soros e vacinas; alimentação e nutrição, tabagismo - recentemente adotados- e os antirretrovirais para o tratamento do Programa HIV/Aids (BRASIL, 2011).

Para o atendimento das necessidades desse componente, levando-se em consideração o cenário de vulnerabilidade na inovação e dependência exterior do país e o perfil dos programas que o mesmo atende, o Estado tem papel fundamental na mediação, incentivo à produção e regulação desse setor. Para tal, o governo vem elaborando ações estratégicas que objetivam o fortalecimento da indústria nacional como, por exemplo, o incentivo à produção de medicamentos por meio dos laboratórios oficiais.

Os laboratórios oficiais são componentes públicos do Complexo Industrial Farmacêutico e parte integrante do SUS, produtores de medicamentos, soros e vacinas específicos para atender a algumas demandas da saúde pública. Somam

hoje um total de 27 laboratórios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b). Constituem-se como estratégicos tanto para o fortalecimento da indústria farmacêutica nacional, quanto para a economia, por proporcionarem empregos e geração de renda. Além disso, contribuem para a melhoria da qualidade de vida da população por meio da promoção do acesso a medicamentos (GOMES, CHAVES, NINOMYA, 2008).

Dos 27 laboratórios oficiais (MINISTÉRIO AS SAUDE, 2013 d), seis deles são produtores e fornecedores de 08 medicamentos destinados ao programa de tratamento do HIV/Aids, a saber: FIOCRUZ (RJ), FUNED (MG), FURP(SP), IQUIEGO (GO), LAFEPE (PE), LIFAL (AL). São eles: Didanosina (comprimido 25mg e solução oral 4g), Efavirenz, Estavudina (comprimido 40mg e 400mg), Indinavir, Lamivudina (comprimido 150mg e solução oral 10mg), Nevirapina, Talidomida, Zidovudina, e, Zidovudina+Lamivudina.

A Aids é uma síndrome causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) que ataca diretamente o sistema imunológico humano, tornando o indivíduo que possui a patologia suscetível à aquisição de diversas outras doenças consideradas como oportunistas, o que incide diretamente em sua qualidade de vida. Porém, o tratamento com antirretrovirais aumenta a sobrevivência desta população, sua qualidade de vida, além de reduzir internações por agravos ocasionados pelas chamadas doenças oportunistas (BRASIL, 2011). Os antirretrovirais, imprescindíveis ao tratamento dos pacientes que vivem com HIV/Aids, são medicamentos de alto custo e que exigem um uso contínuo, dada a cronicidade do agravo. Nesse contexto, ter uma produção nacional destes medicamentos tende a diminuir o impacto nos orçamentos públicos da saúde, por reduzir a suscetibilidade nacional da compra de antirretrovirais às variações das taxas de câmbio e às tarifas de importação.

Pelo exposto, o presente estudo analisará as ações implementadas pelo governo para o fortalecimento do complexo econômico-industrial da saúde e seus reflexos na aquisição de medicamentos para HIV/Aids do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica. O tema foi escolhido por sua importância para o contexto político e econômico atual e também por avançar na discussão entre saúde e desenvolvimento, para a construção de uma cidadania plena e da redução de desigualdades sociais.

2. MARCO TEÓRICO-REFERENCIAL

A seção irá apresentar as bases estruturais históricas da saúde que configuraram os últimos quatro períodos história brasileira e como se configura o complexo produtivo da saúde nestes contextos. Em seguida serão apresentadas as principais medidas implementadas pelo governo para incentivo do CEIS e suas principais contribuições para o fortalecimento da base produtiva nacional.

2.1 Políticas de Saúde e Complexo Produtivo.

Esta subseção irá apresentar, em perspectiva histórica, o papel do Estado na determinação das políticas de saúde no que tange à economia e suas influências no complexo produtivo da saúde.

A política de desenvolvimento econômico no Império até o fim da República Velha (1822- 1930) se caracterizou pela economia agroexportadora de produtos primários, configurando um modelo de desenvolvimento “voltado para fora”. Os produtos exportados exigiam pouco teor tecnológico e com isso tinham um baixo preço de venda, portanto, possuíam uma necessidade de produção em larga escala em troca de pouco rendimento. A oscilação do preço dos mesmos no mercado internacional era constante, deixando o país em elevada instabilidade (ECOREL, TEIXEIRA, 2008).

A saúde era tida como a redução da mortalidade e a prática médica ainda era “elitizada”, desconhecida dos mais pobres, dada à alta concentração de renda. Como alternativa, existiam as práticas curandeiras, referidas como “arte de curar” para a camada desfavorecida da população. A regulamentação dessa prática foi efetivada com a chegada da Corte Portuguesa ao Brasil, na tentativa de manter a salubridade do país (ECOREL, TEIXEIRA, 2008).

O papel do Estado neste período caracterizava-se pela implementação de medidas de controle das crescentes epidemias de doenças infectocontagiosas características da época: vacinação antivariólica, expulsão de doentes das áreas urbanas, dentre outras. O complexo produtivo da saúde (embora ainda não estabelecido como política e não denominado como tal) incorporava os institutos

para a produção de soros e vacinas – Instituto Soroterápico Federal, Manguinhos, e Butantan (ECOREL, TEIXEIRA, 2008).

O período seguinte de 1930 a 1980, marcado pela influência Cepalina que acreditava na industrialização como medida de superação do atraso na economia por parte dos países em desenvolvimento, teve seu ponto forte no processo de industrialização (SICSÚ, DE PAULA, MICHEL, 2007). O período ficou conhecido como “nacional-desenvolvimentista” caracterizado fortalecimento da indústria de base, do mercado interno, a expansão do emprego e a conquista de maior autonomia econômica e tecnológica perante os países desenvolvidos (VIANA, IBAÑEZ, ELIAS, 2009).

Este período foi caracterizado pela modernização da sociedade brasileira, pela rápida expansão e incentivo à indústria como eixo central da política econômica e por maior “independência” perante o mercado internacional. Além disso, pela primeira vez a demanda exterior não era mais o foco central da produção, dando espaço ao mercado interno (VIANA, ELIAS, 2007; ESCOREL, 2008).

O desenvolvimento social era entendido como um subproduto do desenvolvimento econômico, assim, as políticas de desenvolvimento social, inclusive a política de saúde, eram voltadas para a inserção dos cidadãos no mercado de trabalho e, as políticas sociais assumiram, portanto, um papel secundário na agenda do país (VIANA, IBAÑEZ, ELIAS, 2009).

A saúde nesse contexto era caracterizada pelo modelo previdenciário de proteção a saúde. Em outras palavras, a assistência à saúde limitava-se aos trabalhadores formais e não era vista como um direito social. Este modelo ficou conhecido como Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O ideal de saúde como um direito só será incorporado no final da década de 1980.

Nesse período, o complexo produtivo da saúde formava o Complexo Médico Industrial, ainda não aparecia como política pública específica, mas, possuía alto incentivo por parte do Estado graças à crescente industrialização. Era voltado à indústria farmacêutica e caracterizado pela mercantilização do medicamento. (CORDEIRO, 1985 apud CASAS, 2008).

O quadro político e social do país foi marcado por longos governos autoritários. A luta por democracia introduziu fortemente ideais como justiça social, descentralização do poder político. A discussão sobre o direito de acesso a bens e

serviços sociais, o que mobilizou diversos seguimentos da sociedade, dentre eles o movimento sanitaria, culminou na criação do Sistema Único de Saúde (VIANA, IBAÑEZ, ELIAS, 2009).

Embora o país tenha avançado nessa perspectiva social, em termos econômicos estava em declínio. A forte atuação do mercado na promoção da industrialização nacional levou a ruínas o orçamento público. As políticas monetárias e fiscais benevolentes, a recessão econômica, o crescente desemprego, a alta inflação e a crise da dívida externa levaram o Brasil a um quadro econômico caótico. Não havia mais recursos para Estado continuar o seu papel de sustentador financeiro dos grandes blocos de investimento e produtor direto de insumos básicos e infraestrutura. Como saída, veio o ideal neoliberal e a redução do tamanho do Estado (SICSÚ, DE PAULA, MICHEL, 2007; ESCOREL, 2008; VIANA, IBAÑEZ, ELIAS, 2009).

Essas características configuraram a política econômica da década de 1990 como neoliberal, baseada no caráter reducionista do Estado e de sua baixa intervenção na economia, além de centrada na estabilização da economia. O período em que o neoliberalismo esteve vigente foi marcado por um baixo crescimento econômico e industrial que potencializou o agravamento das desigualdades sociais (VIANA, IBAÑEZ, ELIAS, 2009).

Note-se que a transição da política econômica neste período foi marcada por ideais totalmente opostos. De um lado, a política desenvolvimentista iniciada nos anos 1930, que associa o desenvolvimento à transformação da estrutura produtiva e vê no Estado o ator fundamental para o desenvolvimento; de outro, a política neoliberal (anos 1990), em que a peça-chave para o desenvolvimento é o mercado. Na perspectiva liberal, o desenvolvimento está diretamente relacionado à alocação eficiente dos recursos, além da redução do papel do Estado na proteção à economia nacional (VIANA, ELIAS, 2007).

Em contrapartida, com a promulgação da Constituição de 1988, nascia o SUS, a maior política social da história do Brasil. Agora a garantia do acesso à saúde era direito de toda a população e dever do Estado. Vale ressaltar que as características político-econômicas da década de 1990 ampliaram o caráter contraditório entre a política econômica e a social. Essa inconformidade entre elas impôs limites para a implementação de um sistema de saúde realmente universal e

trouxe consigo diversos nós críticos enfrentados até os dias atuais pelo SUS (VIANA, ELIAS, 2007).

Nesse contexto, o complexo industrial da saúde passou por um período estacionário, isso devido tanto ao baixo crescimento econômico do período, quanto ao baixo subsídio à inovação e ao crescimento científico e tecnológico que configurou a agenda do país.

A abertura do mercado nacional, a privatização das indústrias de tecnologias e forte dependência externa do complexo produtivo de quaisquer produtos que demandassem maior conhecimento técnico-científico ocasionou, no âmbito da saúde, uma grande vulnerabilidade na prestação do cuidado aliada a um aumento significativo do déficit comercial do país (MINISTERIO DA SAÚDE, 2013a). Nesse contexto, a dependência no setor de medicamentos é um exemplo claro da vulnerabilidade e subordinação à oferta exterior. Os laboratórios públicos oficiais no período não tiveram investimentos significativos na área de inovação tecnológica e limitaram-se à formulação de medicamentos acabados que tinham seu processo de produção concentrado no exterior, limitando a capacidade de inovação nacional (VIANA e ELIAS, 2007). Isto se refletiu no déficit comercial, visto que no início dos anos 1990 este se encontrava em R\$ 700 milhões, aumentando para mais de R\$ 7 bilhões no em 2008. Além disso, o gasto com importações de produtos como vacina, soro e hemoderivados, em 2008, foi de R\$ 1,4 bilhão, enquanto o de exportações foi de R\$ 37 milhões apenas (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2008).

Frente a esse cenário, inicia-se na década de 2000 uma nova visão de política econômica, retomando os ideais desenvolvimentistas, porém em uma nova concepção. A proposta dessa política de desenvolvimento é associar desenvolvimento à equidade social, porém, esta não retoma a ideia de um Estado radicalmente protecionista como no nacional-desenvolvimentismo, buscando uma posição mais mediadora e incentivadora do desenvolvimento nacional (SICSÚ, PAULA, MICHEL, 2007).

Esta nova proposta desenvolvimentista retoma a ideia da escola estruturalista. Para Viana e Elias (2007),

“ (...) o marco dessa política diz respeito à visão de que o desenvolvimento econômico é caracterizado por mudanças estruturais na economia e essas ocorrem por discontinuidades, geralmente de caráter tecnológico, que afetam e são afetadas pela estrutura econômica social, política

e institucional de cada nação. Além disso, o progresso técnico (...) tem um papel central na dinâmica de desenvolvimento em um sistema nacional. Segundo essa corrente, as assimetrias de acesso ao conhecimento e ao aprendizado podem funcionar como poderosas barreiras ao desenvolvimento e, por isso mesmo, a existência de uma base de conhecimento prévia e o desenvolvimento de um sistema de inovação em alguma área são pré-condições importantes para o deslançar de um novo ciclo de desenvolvimento.” (VIANA, ELIAS. 2007, p.1769).

E, diferente do proposto pelo desenvolvimentismo do século passado, aponta-se para um “desenvolvimentismo brasileiro” obtido por meio da reflexão dos aprendizados das duas políticas anteriores.

Na visão novo-desenvolvimentista, conforme sugere Sicsú, Paula e Michel (2007), há uma rejeição das tendências “extremistas” (Estado forte e mercado fraco ou Estado fraco e mercado forte), as quais devem ser substituídas pela “composição de um Estado forte que estimula o florescimento de um mercado forte”, ou seja, ambos são importantes para atingir o crescimento econômico (visto que é necessário aumentar a renda da economia) e equidade (distribuição menos desigual da renda entre os cidadãos, promovendo a justiça social).

Desse modo, no âmbito do complexo produtivo da saúde, este surge como alternativa estratégica para o novo ideal desenvolvimentista, uma vez que contempla a área da saúde, sendo esta um eixo estratégico tanto para o desenvolvimento social quanto econômico. Ademais, suas atividades produtivas demandam grande conhecimento científico, tecnológico e de inovação, sendo esta o real diferencial na competitividade internacional (VIANA, ELIAS, 2007; GADELHA et al., 2012a).

O Quadro 1 busca sumarizar as informações descritas nesta seção, com vistas a fornecer um comparativo entre os quatro períodos analisados: da Independência ao fim da República Velha (1822-1930); da Era Vargas até o fim da Ditadura Militar (1930-1985); da redemocratização a fim do século (1985-2000); e dos anos 2000 aos dias atuais.

Quadro 1: Caracterização das políticas de desenvolvimento econômico 1822- 2013.

Período	Política Econômica	Política de Saúde	Complexo Econômico-Industrial da Saúde	Papel do Estado	Configuração das instituições
1822-1930	Agroexportadora: produção “voltada para fora”; exportação de poucos produtos primários; alta vulnerabilidade.	Assistencialista: intervinha quando o problema já estava posto e voltado para as camadas menos favorecidas.	Praticamente inexistente, salvas as iniciativas voltadas à produção de vacinas e soros para o combate de endemias.	Refém dos interesses dos grandes produtores rurais, dos quais a renda nacional dependia (exportações).	Estado fraco e Mercado forte
1930-1980	Nacional-Desenvolvimentista: centrado no fomento à indústria nacional; foco no mercado interno; protecionista.	Sistema previdencialista, voltado para os indivíduos com vínculo formal de trabalho.	Ampliou-se a atuação do CEIS, desenvolvido como consequência do esforço nacional de industrialização.	Forte intervenção do Estado, seja de forma direta (estatais) seja de forma indireta (protecionismo, concessão de benefícios fiscais).	Estado Forte e Mercado Fraco
1985-2000	Neoliberal: redução do papel do Estado; foco na estabilidade econômica; abertura da economia.	Sistema universalista, voltado a todos os cidadãos.	Contração do CEIS, devido às políticas de ajuste fiscal e abertura econômica.	Opção por políticas que fortaleciam o mercado, em detrimento da atuação direta do Estado.	Estado Fraco e Mercado Forte

2001-2013	Novo-desenvolvimentista: Retoma a perspectiva de incentivo à indústria nacional, com vistas à equidade.	Sistema universalista, voltado a todos os cidadãos.	Retomada do CEIS como eixo estratégico para o desenvolvimento.	Em ambiente de relativa estabilidade, busca-se firmar parcerias entre o setor público e o privado para o desenvolvimento.	Estado Forte e Mercado Forte
------------------	---	---	--	---	------------------------------

Fonte: Elaboração própria.

No contexto do novo-desenvolvimentismo, a saúde torna-se um campo estratégico para o desenvolvimento econômico, visto que: i) o setor é responsável por 8,8 % do Produto Interno Bruto (PIB) e 6,2 % da renda nacional, e tende a aumentar essa participação conforme exposto no último senso do IBGE (2010); ii) responde a parcela significativa de investimentos em P&D, tendo alto potencial na economia do conhecimento, pois, impulsiona o investimento em conhecimento científico, tecnológico e inovação; possui um alto potencial gerador de empregos diretos e indiretos e difusor de renda (GADELHA et al, 2012b) .

Nesse sentido, programar medidas que aliassem saúde e desenvolvimento (econômico) tornou-se essencial para o desenvolvimento do país. Então, o governo desde o início dos anos 2000 vem tomando diversas iniciativas para o fomento à base produtiva de saúde (CEIS), as quais serão analisadas na subseção seguinte.

2.2 A inserção do CEIS na agenda política nacional

Nesta subseção, será destinado ao enumerar das políticas públicas e medidas de incentivo à saúde no âmbito do desenvolvimento por meio do fortalecimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde.

Atualmente, mais especificamente após o início da década de 2000, o Estado vem aumentando seu papel indutor no desenvolvimento de medidas que impulsionam o atendimento as necessidades em saúde. No que tange ao CEIS,

estas vão ao encontro do desenvolvimento de pesquisas científicas, inovação e produção de tecnologias em saúde (GADELHA, 2001, 2002, 2003, 2006; VIANA, 2007; VIANA, ELIAS, 2007; FIOCRUZ, 2008; VIANA, IBAÑEZ, ELIAS, 2009; COSTA, et al, 2012; VIANA et al, 2012; GADELHA, et al, 2012 a, b) Abaixo, seguem algumas delas:

- Em 1999, foram criados os Fundos Setoriais de Ciência e Tecnologia, que articulam a academia e o setor produtivo mediante a cooperação entre empresas e centros de pesquisa.
- Em 2003, foi lançada a Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior (PITCE), um marco para o país que ao que se refere à necessidade de uma política industrial. A política priorizou, em um de seus eixos, o seguimento farmacêutico como polo de inovação e fomento setorial (nanotecnologia, biotecnologia e química fina).
- Em 2004, foi aprovada a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e a Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde, contemplando o CEIS. Esta política introduz fortemente o debate de fortalecimento do CEIS e incentivo aos centros de pesquisa e tecnologia, instituições de ensino, e laboratórios oficiais como forma de diminuição da dependência nacional e construção de um campo produtivo autossuficiente.
- Ainda em 2004, o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) lança linhas de créditos subvencionados a instituições de Ciência e Tecnologia e de Saúde com o objetivo de priorizar a produção de inovação em saúde no âmbito da assistência farmacêutica. Em 2007, o programa é ampliado e passa a englobar todo o complexo industrial da saúde (Profarma II).
- Em 2007, o Programa Mais Saúde (PAC da Saúde), visando ampliar o acesso e melhorar as condições de saúde da população, contemplou o CEIS na ação nacional de fomento ao crescimento econômico, incentivando a produção de medicamentos e imunobiológicos, particularmente por meio de investimento nos laboratórios oficiais, além de dotar as indústrias nacionais de melhores equipamentos e materiais e prever o incentivo à pesquisa em saúde e tecnologia.

Vale ressaltar também o papel do Estado no poder de compra e fomento a estas iniciativas.

- Ainda em 2007, o Plano de Ação em Ciência, Tecnologia e Inovação-PACTI institui em seus eixos estratégicos a pesquisa e desenvolvimento de insumos para a saúde, em áreas inovadoras como a nanotecnologia e biotecnologia.

- Em 2008, foi publicada a Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP), que dentre seus programas de atuação reconheceu o CEIS como uma das seis áreas estratégicas para o desenvolvimento nacional, devido ao seu elevado potencial de disseminação de conhecimento e inovação.

- Ainda em 2008, a Portaria 1.942 de setembro de 2008 cria e aprova o regimento interno do Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde – Gecis, composto por 14 órgãos federais, com a atribuição, entre outras, de desenvolver e implantar, de forma integrada, o marco regulatório necessário para a concretização das estratégias e diretrizes previstas na (PITCE fase II). Ademais, institui ainda o Fórum Permanente de Articulação com a sociedade civil, composto por representantes empresariais e de instâncias da saúde objetivando auxiliar o debate em relação ao CEIS.

- A Portaria 375 de fevereiro de 2008 institui o Programa Nacional para a Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no CEIS.

- A Portaria 128 de maio de 2008 estabelece o Estado como indutor do CEIS e prevê diretrizes para compra pública de fármacos e medicamentos. Concomitante a esta, foi lançada a Portaria 978 de maio de 2008 que estabelece uma lista de medicamentos estratégicos para a atenção à saúde, adquiridos externamente, os quais deveriam ser considerados de fragilidade produtiva. Em 2010, é lançada a portaria 1284 de maio/2010, que altera a lista de medicamentos da portaria anterior e inclui os agentes públicos e privados que devem ser alvos de incentivo na produção nacional.

- Em 2010, é lançada a Lei 12.349 de dezembro de 2010 que altera a lei 8666/1993 no que tange o complexo produtivo da saúde. Esta lei prevê que o processo licitatório deve dar preferência aos produtos nacionais em detrimento dos

estrangeiros, podendo ser adquirido até 25% acima do valor de compra daqueles. O mesmo é estabelecido no Decreto n. 7.546/11 que prevê margem de preferência de até 25% para a compra de produtos nacionais em âmbito federal no intuito de promover a substituição de importações de produtos e insumos em saúde.

- Em 2011, foi lançado o Plano Brasil Maior com vigência de (2011-2014) seguindo as linhas de ação do PDP e da PITCE com vistas ao fortalecimento da cadeia produtiva, ao aumento da inovação e competitividade nacional. Evidencia o CEIS entre os blocos produtivos de atuação setorial (sistema de mecânica, eletroeletrônica em saúde).

- Em março de 2012, é lançada a Portaria 506 de 2012 do MS que institui o Programa para Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (Procis), que objetiva fortalecer o investimento em infraestrutura e mão de obra qualificada na produção de insumos críticos para a saúde (fármacos, medicamentos, equipamentos, materiais médicos, kits para diagnóstico in vitro, biofarmacos).

- Em 2012, com vigência até 2015, foi lançada a Estratégia Nacional para Ciência, Tecnologia e Inovação (ENCTI), com o objetivo de ampliar a inovação nas empresas e consolidar o Sistema Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação. A iniciativa prevê em suas áreas estratégicas os fármacos e o complexo industrial da saúde.

- Seguem em curso também as Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo, medidas tomadas pelo Ministério da Saúde para fortalecer a indústria nacional. Atualmente, há mais de trinta parcerias estabelecidas entre laboratórios públicos e privados.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

- Analisar as ações implementadas pelo governo federal para fomentar o complexo econômico-industrial da saúde e seus reflexos na aquisição de medicamentos para HIV/Aids do componente estratégico da assistência farmacêutica, no período de 2006 a 2012.

3.2 Objetivos Específicos:

- Sistematizar as principais medidas adotadas pelo governo federal para fomentar a indústria nacional.
- Quantificar as aquisições do Ministério da Saúde referentes a medicamentos para HIV/Aids do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica de 2006 a 2012.
- Verificar se houve aumento da participação dos laboratórios oficiais brasileiros no total das aquisições do Ministério da Saúde para medicamentos para HIV/Adis entre 2006 e 2012.
- Comparar as aquisições descentralizadas dos medicamentos com as aquisições centralizadas realizadas pelo Ministério da Saúde.

4. METODOLOGIA

Este trabalho tem caráter descritivo, baseado em revisão de literatura e em análise de dados cedidos pelo Ministério da Saúde sobre as aquisições de medicamentos. A escolha desta metodologia torna-se pertinente aos objetivos deste estudo, uma vez que por meio dela será possível identificar, descrever e proporcionar novas informações sobre o assunto proposto.

Para o levantamento bibliográfico foram utilizados os seguintes descritores: Complexo Industrial da Saúde; Complexo Econômico da Saúde; Saúde e Desenvolvimento; Economia da Saúde; Política e Economia. A pesquisa foi realizada nas plataformas da BVS, CAPES, BIREME, Google Acadêmico, SCIELO, Biblioteca Digital de Monografias da UnB, Biblioteca Digital de Monografias da Unicamp, Portal do Ministério da Saúde.

Foi realizada também uma revisão dos dados referentes às aquisições dos medicamentos da Coordenação Geral de Assistência e Medicamentos Estratégicos, do Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde (CGAME/DAF/SCTIE/MS), dedicados aos medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica. Trata-se de dados secundários, constantes no arquivo do setor. O acesso foi viabilizado por meio da vivência da disciplina de Estágio Supervisionado em Saúde Coletiva, em um contrato firmado entre a Universidade de Brasília e o Ministério da Saúde.

Os dados das planilhas dos anos de 2006 a 2012 foram compactados em uma única planilha e estratificados por programas de tratamento e percentual de produção por laboratórios oficiais. Desses dados, foram utilizados neste estudo apenas os do programa de DST/Aids, totalizando 21 medicamentos adquiridos pelo setor. Os dados foram analisados descritivamente utilizando fórmulas básicas de cálculo do programa Microsoft Office Excel 2010 para a análise descritiva e construção dos gráficos.

Na comparação entre as compras descentralizadas e centralizadas, foram utilizadas as informações constantes no Banco de Preços em Saúde (BPS). O BPS é um sistema de informação público do Ministério da Saúde que possui os registros das aquisições de medicamentos e produtos em saúde. Este foi criado com o objetivo de disponibilizar informações que possibilitassem uma comparação, em âmbito nacional, do preço das aquisições realizadas, de modo a se ter uma noção

do comportamento dos preços no mercado nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b). Para tal, foi realizado o levantamento de todas as aquisições descentralizadas de medicamentos antirretrovirais realizadas no ano de 2013, as quais foram comparadas com as compras centralizadas do Ministério da Saúde no mesmo período.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta seção será dedicada à apresentação dos resultados dos dados analisados. Inicialmente, serão apresentados os resultados da análise das aquisições feitas pelo Componente Estratégico da Diretoria de Assistência Farmacêutica (DAF) na compra de medicamentos para o tratamento do HIV/Aids entre 2006 e 2012. Em seguida, será apresentada uma comparação entre o preço dessas aquisições centralizadas, realizadas pelo MS, em comparação com as descentralizadas, realizadas por instituições públicas de saúde (constantes no BPS) no ano de 2013.

Ao todo, foram analisados 21 medicamentos destinados ao tratamento dos pacientes portadores de HIV/Aids. As aquisições são centralizadas e realizadas pela CGAME/DAF/MS. Do total, 13 medicamentos são oriundos de 11 laboratórios privados (62%) e os outros 08 (38%) derivam de seis laboratórios oficiais: FIOCRUZ (RJ), FUNED (MG), FURP (SP), IQUIEGO (GO), LAFEPE (PE) e LIFAL (AL). Cabe ressaltar que há medicamentos que são produzidos por mais de um fabricante, a exemplo do zidovudina, associado ao lamivudina, que é produzido por cinco laboratórios oficiais. Dessa forma, buscou-se verificar como se distribui geograficamente a produção dos medicamentos, a quantidade de fabricantes e o valor total dispendido pelo Ministério da Saúde por unidade federativa do Brasil. A Tabela 1 sumariza essas informações.

Tabela 1: Distribuição da produção de medicamentos, de fabricantes e do dispêndio total com antirretrovirais adquiridos pelo MS no período 2006-2012.

Estado	Medicamentos	% nº total de medicamentos	No de fabricante	% nº total de fabricantes	Dispêndio total (R\$)	% do dispêndio total
SP	17	37,8%	10	58,7%	3.437.547.914,89	67,5%
RJ	10	22,2%	2	11,8%	879.430.093,79	17,3%
MG	3	6,7%	1	5,9%	344.537.383,00	6,8%
GO	3	6,7%	1	5,9%	128.225.114,00	2,5%
PE	7	15,5%	1	5,9%	257.987.775,00	5,1%
AL	2	4,4%	1	5,9%	24.489.240,00	0,5%
CI	3	6,7%	1	5,9%	16.852.577,98	0,3%
Total	45	100,0%	17	100,0%	5.089.070.098,66	100,0%

Fonte: Elaboração própria.

A partir dos dados da Tabela 1, verifica-se a concentração da produção de antirretrovirais no estado de São Paulo, de onde provem 37,8% dos medicamentos adquiridos pelo Ministério da Saúde para o tratamento do HIV/Aids. Ademais, mais da metade dos fabricantes estão sediados em São Paulo (58,7%). A concentração é ainda maior quando se analisa o montante do dispêndio total com esses medicamentos, pois São Paulo responde por 67,5%, o que tende a sinalizar um maior valor agregado desses medicamentos em relação à média nacional.

O inverso foi observado no estado de Pernambuco, o qual representa 15% da produção total de antirretrovirais, porém, este possui apenas um fabricante, e representa somente 5,1% do valor total dispendido pelo Ministério da Saúde, o que aponta para um menor valor agregado nos antirretrovirais provenientes dessa unidade federativa. Padrão semelhante foi verificado em Alagoas, no qual a participação na produção total foi de 4,4% e sua participação no montante dispendido pelo Ministério da Saúde não chegou a 1%.

Estratificando a produção por laboratório oficial, verificou-se que há uma distribuição mais harmônica da produção de medicamentos por laboratório oficial, entretanto, verifica-se uma maior concentração no estado de Pernambuco que produz 7 medicamentos (28%) e no estado do Rio de Janeiro responsável pela produção de 6 medicamentos (24%) do total de antirretrovirais produzidos em laboratórios oficiais. O laboratório que apresentou menor participação foi o de Alagoas, com a produção de 2 antirretrovirais (8%). O gráfico 1 ilustra estas informações.

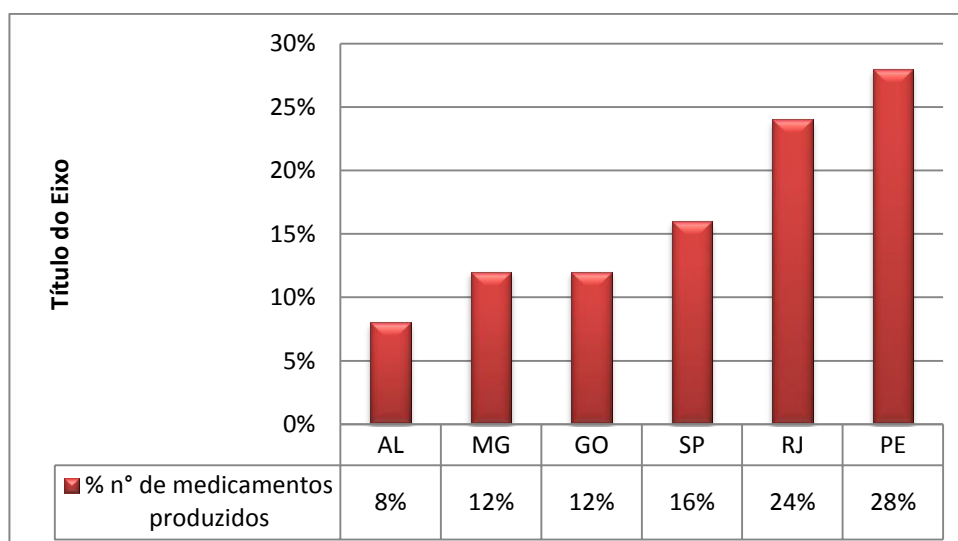


Gráfico 1 - Distribuição de laboratórios oficiais produtores de medicamentos para o tratamento do HIV/Aids por estado, entre 2006 e 2012. Fonte: Elaboração própria.

Nessa mesma perspectiva, foi analisado o percentual da concentração dos laboratórios privados por estado e verificou-se uma grande concentração no estado de São Paulo, onde se localizam 9 dos dez fabricantes privados (90%). O outro laboratório privado encontra-se no Rio de Janeiro, que concentra 10% do total de laboratórios privados, conforme o disposto no gráfico 2. Um perfil inverso foi encontrado na distribuição dos laboratórios oficiais por estado, onde se localiza em cada estado um fabricante público.

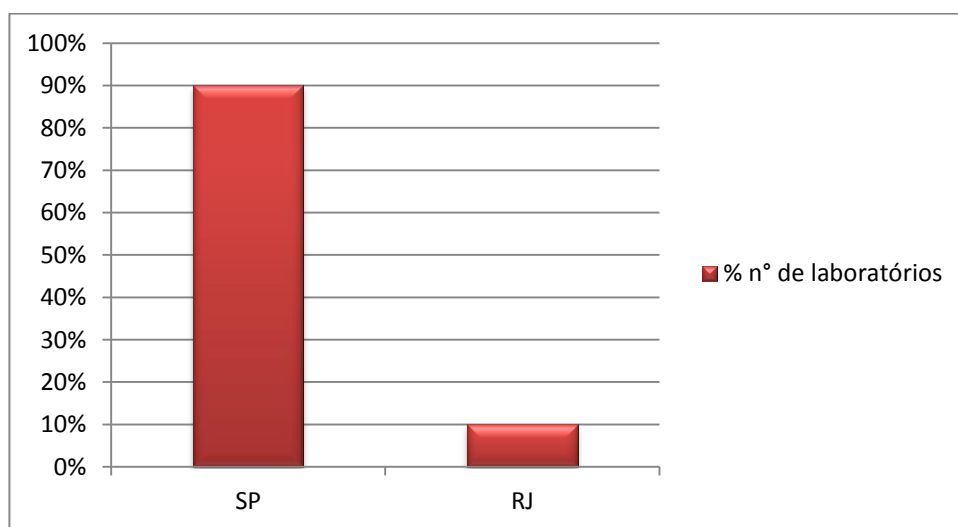


Gráfico 2 - Distribuição dos laboratórios privados produtores de medicamentos para o tratamento do HIV/Aids por estado. Fonte: Elaboração própria.

Quando comparados em relação a produção por medicamentos entre 2006 e 2012, percebe-se que os laboratórios privados são responsáveis pela produção de 13 medicamentos (62%) enquanto os laboratórios oficiais são responsáveis pela produção 08 medicamentos (38%).

A análise da evolução das compras de antirretrovirais efetuadas pelo Ministério da Saúde, entre 2006 e 2012, revelou um crescimento da participação dos laboratórios oficiais ao longo do período, passando de 25% em 2006 para 52% em 2012, sendo uma participação bastante positiva em relação à produção total (gráfico 3).

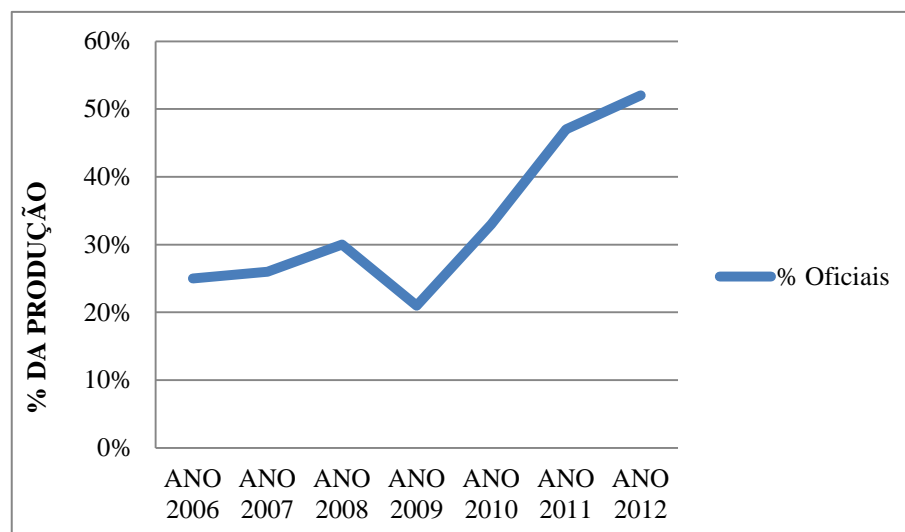


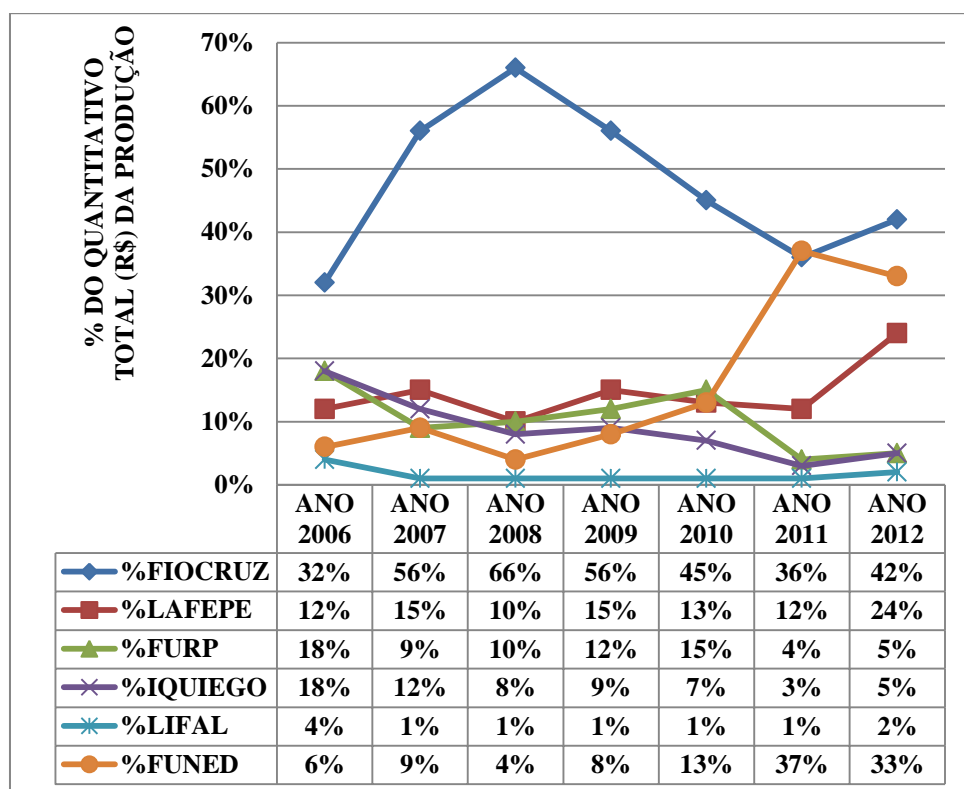
Gráfico 3 – Análise da evolução da participação dos laboratórios oficiais no dispêndio total das aquisições de antirretrovirais do Ministério da Saúde entre 2006 e 2012 (%). Fonte: Elaboração própria.

Partindo desta mesma perspectiva, analisou-se a evolução do dispêndio total das aquisições dos medicamentos para tratamento do HIV/Aids, com foco na evolução da participação dos laboratórios individualmente no decorrer desse período, conforme ilustrado no Gráficos 4. Percebeu-se que inicialmente o laboratório oficial de maior contribuição na produção era o da Fiocruz (32%), seguido do da FURP (18%); todavia, há uma tendência de queda na produção destes laboratórios. O laboratório da Fiocruz, por exemplo, que chegou ao ter 66% de participação no valor total das compras do Ministério da Saúde em 2008, caiu para 36% em 2011. Além disso, verifica-se um aumento considerável na produção dos laboratórios de Pernambuco (LAFEPE) e Minas Gerais (FUNED) que tiveram um aumento de sua participação de 12% e 6% para 24% e 33%, respectivamente.

Embora haja essa tendência ao deslocamento dos eixos produtores com o aumento da produção oficial nos estados de Pernambuco e Minas Gerais, ponto favorável à descentralização produtiva, ainda há uma grande disparidade em relação aos outros laboratórios oficiais, como no caso do LIFAL, em Alagoas, que teve uma queda acentuada, passando de 4% em 2006 para 1% em 2012. Padrão semelhante ocorreu com o IQUIEGO, que em 2006 tinha participação de 18%, passando para 5% em 2012.

Infere-se ainda que houve um deslocamento da produção dos antirretrovirais do eixo Rio de Janeiro - São Paulo para os estados de Pernambuco e Minas Gerais,

o que sugeriria uma eventual descentralização. No entanto, cabe ressaltar que esses dois laboratórios em Pernambuco e Minas Gerais – LAFEPE e FUNED – concentram atualmente mais de 50% das aquisições do Ministério da Saúde, o que levanta a questão de se estar substituindo a centralização produtiva de um polo para outro (Rio de Janeiro - São Paulo para Pernambuco-Minas Gerais).



Gráficos 4 - Evolução da participação da produção dos laboratórios oficiais entre os anos de 2006 e 2012. Fonte: elaboração própria.

Dos 21 medicamentos analisados neste estudo, apenas um teve compras do Ministério da Saúde tanto de laboratórios oficiais quanto de empresa privada, o que permitiu analisar o preço pago na perspectiva privada e na pública. O medicamento referido é o antirretroviral efavirenz 600mg. Este era comprado inicialmente do laboratório Merck, no qual o Ministério da Saúde pagava por comprimido o preço de R\$ 1,59 em 2006; porém, em 2008 este medicamento passou a ser produzido pelos laboratórios oficiais LAFEPE e Fiocruz e adquirido por R\$ 1,35 permanecendo este valor até 2012. O fato remete a uma diminuição no valor de custo do medicamento de 17,7% após a sua produção pública.

Ainda em relação aos preços dos medicamentos, foi realizada outra análise com vistas à comparação entre os preços das aquisições realizadas de forma

descentralizada por instituições de saúde e as aquisições realizadas pelo Ministério da Saúde de forma centralizada, no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica relacionado aos antirretrovirais. Para esta análise, todos os valores correspondem ao ano de 2013.

Do total de aquisições realizadas no ano de 2013, foram encontradas compras de dez medicamentos de forma descentralizada: Duravir 300mg (gráfico 11); Etravirina 100mg (anexo 1); Indinavir 400mg (anexo 2); Lamivudina 10mg/ml (anexo 3); Lamivudina 150 mg (anexo 4); Liponavir 200mg+ Ritonavir 50mg (anexo 5); Neviparina 200mg (anexo 6); Efavirenz 200mg (anexo 7); Ritonavir 200mg (anexo 8); e Tenofovir 300mg (anexo 9).

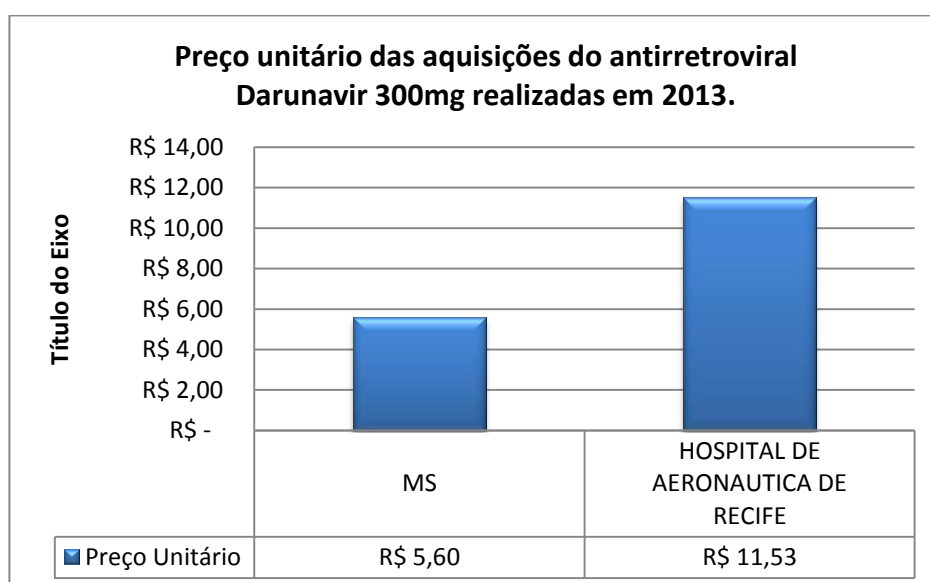


Gráfico 05 - Preço unitário das aquisições do antirretroviral Darunavir 300mg realizadas em 2013. Fonte: Elaboração própria.

Percebe-se que há uma grande diferença entre os preços das compras centralizadas realizadas pelo Ministério da Saúde e as compras descentralizadas, realizadas por instituições de saúde. As aquisições centralizadas apresentaram um custo bem menor quando comparadas com as descentralizadas. Essa tendência pode ser explicada devido às quantidades adquiridas pelas instituições de saúde, as quais são bem menores e por isso há uma elevação no preço unitário do produto. Os custos dos medicamentos configuraram-se numa margem de diferença entre 57% a mais do valor pago nas compras centralizadas, como no caso do antirretroviral etravirina, até 1.400% acima do valor das aquisições do Ministério da Saúde, como

no caso do medicamento Lamivudina 150mg. Além do mais, as compras descentralizadas podem refletir o consumo desses medicamentos para uso em pesquisa clínica, o que foge do objetivo da assistência em saúde, comprometendo assim a comparação. Dessa forma, devem-se ter ressalvas nessa análise.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme o exposto, a política de desenvolvimento econômica e industrial no Brasil ainda possui muitos desafios a serem enfrentados para a efetivação do sistema de inovação em saúde brasileiro. As bases estruturais e políticas do país revelam as severas assimetrias entre desenvolvimento econômico e social oriundas da frequente dissociação destes ao longo dos anos. A saúde nesse sentido é um lócus estratégico e de grande potencial para a conformação de um desenvolvimento pleno, que reflita tanto o crescimento econômico quanto a equidade social. Os incentivos estatais ao CEIS tem tido importância significativa e vem contribuindo positivamente nessa direção.

Percebeu-se um avanço significativo na participação dos laboratórios oficiais na produção dos medicamentos antirretrovirais, fator totalmente favorável para a prestação do cuidado em saúde. Além disso, vale ressaltar sua importância também na produção de insumos voltados às especificidades brasileiras. Outro ponto positivo é o aumento de empregos diretos e indiretos gerados pelos laboratórios públicos.

Porém, o estudo revela uma necessidade maior de incentivo à produção nos laboratórios oficiais, dada à sua alta concentração em alguns estados em detrimento de outros. É importante, portanto, impulsionar a indústria nacional com vistas ao fortalecimento de todos os laboratórios oficiais e não só alguns como vem ocorrendo.

Os altos custos obtidos com compras descentralizadas confluem para a necessidade de um maior planejamento nas aquisições tanto para o tratamento dos pacientes, quanto para as pesquisas em saúde, pois o custeio descentralizado dos mesmos é exageradamente maior que das aquisições centralizadas. Sendo um dos eixos do CEIS e imprescindível na configuração do sistema de inovação nacional, a pesquisa não deve ser dissociada das aquisições, ao contrário, devem-se programar um quantitativo de aquisições que atendam às demandas das instituições de pesquisa.

Um ponto que deve ser investigado em estudos futuros refere-se a comparações mais precisas dos preços dos medicamentos produzidos por laboratórios oficiais e privados, visto que as comparações feitas neste estudo possuem limitação. Foi encontrado no banco de dados deste estudo apenas um medicamento com compra por laboratório público e privado. A comparação entre os

preços praticados foi favorável aos laboratórios oficiais. No entanto, a amostra é pequena, necessitando mais casos para se extrapolar esses resultados. Ademais, há de se investigar os subsídios direcionados aos laboratórios oficiais, os quais tendem a permitir custos menores e, conseqüentemente, a prática de preços menores.

Outro ponto a ser estudado e avaliado em trabalhos futuros devem ser os preços das aquisições realizadas pelo Ministério da Saúde em comparação com a média de países internacionais, preferencialmente de sistemas universais, uma vez que esta comparação é fundamental para o campo da Saúde Coletiva, pois visa subsidiar os gestores para uma gestão mais eficiente.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, E. M.; SOUZA, S.G. A.; BAESSA, A.R. Pesquisa e inovação em saúde: uma discussão a partir da literatura sobre economia da tecnologia; Research and innovation in health: an interpretation based on the economics of technology. **Ciênc. saúde coletiva**, 2004; 9(2): 277-294.
- ALBUQUERQUE, E.; CASSIOLATO, J.E. As especificidades do sistema de inovação do setor de saúde: uma resenha da literatura como introdução a uma discussão sobre o caso brasileiro. (Estudos Fesbe; 1), 2000.
- ANDRADE, M.O.L et al. Conhecimento e inovação em saúde: experiência do **Brasil e do Canadá**. São Paulo (Campinas): Saberes, 2012.
- BERCOVICI, G. Complexo Industrial da Saúde, desenvolvimento e proteção. **Revista de Direito Sanitário**, 2013; 14(2):9-42.
- BRASIL. Anais da 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 272 p.
- BRASIL. Decreto Presidencial de 12 de maio de 2008. Cria, no âmbito do Ministério da Saúde, o Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Dnn/Dnn11578.htm. Acesso em: 27 out. 2013.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. Rev. Saúde Pública 2010; 44(1):200-202.
- BRASIL.CONASS. Assistência Farmacêutica no SUS. In: CONASS. Coleção Para entender a Gestão do SUS. Assistência Farmacêutica. Brasília: CONASS, 2011.
- BUSS, P.M.; CARVALHEIRO, R.J.; CASAS, C.P.R. **Medicamentos no Brasil: inovação e acesso**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- CASAS, C.P.R. Do complexo médico-industrial ao complexo industrial da saúde: os enfoques teórico-conceituais. In: BUSS, P.M.; CARVALHEIRO, R.J.; CASAS, C.P.R. Medicamentos no Brasil: inovação e acesso. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, cap. 1, p. 25-39.
- COSTA, L.S. et al. A dinâmica inovativa para a reestruturação dos serviços de saúde. Rev Saúde Pública, 2012; 46(supl):76-82.
- COSTA, L.S.; GADELHA, A.G.C; MALDONADO, J. A perspectiva territorial da inovação em saúde: a necessidade de um novo enfoque. Rev Saúde Pública, 2012; 46(supl):56-67.
- SCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitarista. In: GIOVANELLA L. et al (Org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 1.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. cap. 11, p. 385-434.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA L. et al (Org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 1.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. cap. 10, p. 333-384.

FIOCRUZ. A saúde no Brasil em 2030: Diretrizes para a prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

FLEURY, S.; OUVENEY, A.M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA L. et al (Org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 1.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. cap. 1, p.23-65.

GADELHA, C. A. G. Estudos de competitividade por cadeias integradas no Brasil: impactos das zonas de livre comércio—Cadeia: complexo da saúde. Campinas: Unicamp, 2002.

GADELHA, C. A. G. Política industrial: uma visão neo-schumpeteriana sistêmica e estrutural. Revista de Economia Política, 2001; 21 (4):149-171.

GADELHA, C.A. G. Desenvolvimento e saúde: em busca de uma nova utopia. Saude Debate, v. 29, n. 71, p. 327-37, 2007.

GADELHA, C.A.G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. Cienc Saude Coletiva, v. 8, n. 2, p. 521-35, 2003.

GADELHA, C.A.G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. Rev Saude Publica, 2006; 40.

GADELHA, C.A.G. et al a. A dinâmica do sistema produtivo da saúde: inovação e complexo econômico-industrial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GADELHA, C.A.G. et al b. O complexo produtivo da saúde e o protagonismo da saúde na agenda de desenvolvimento. In: ANDRADE, M.O.L. et al (Org.). Conhecimento e inovação em saúde: experiência do Brasil e do Canadá. São Paulo (Campinas): Saberes, 2012. p.68-101.

GADELHA, C.A.G.; COSTA, L.S. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. Rev Saúde Pública, 2012; 46(supl):13-20.

GADELHA, C.A.G.; COSTA, L.S., MALDONADO; J.M.S.V. O complexo Econômico-Industrial da Saúde e a dimensão social e econômica do desenvolvimento. Rev. Saúde Pública 2012; 46(Supl): 21-28.

GADELHA, C.A.G.; MALDONADO, J.M.S.V.; COSTA, L.S. O complexo produtivo da saúde e sua relação com o desenvolvimento: um olhar sobre a dinâmica de inovação em saúde. In: GIOVANELLA L. et al (Org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. cap. 7, p. 209- 237.

GADELHA, C.A.G.; MALDONATO, J.M.V. Complexo industrial da saúde: dinâmica de inovação no âmbito da saúde. In: GIOVANELLA, L. et al (Org.). Políticas e Sistemas de saúde no Brasil. 1.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. cap.7, p.247-282.

GADELHA, C.A.G.; QUENTAL, C. & FIALHO, B. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. Cadernos de Saúde Pública, 2003; 19(1):47-59.

GIOVANELLA, L. et al (Orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOMES, C.A.P; CHAVES, J.G. & NINOMYA, T. In: BUSS, P.M.; CARVALHEIRO, R.J.; CASAS, C.P.R. Medicamentos no Brasil: inovação e acesso. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, cap. 12, p. 251-268.

GREMAUD, A.P; VASCONCELLOS, M.A.S, TONEDO, R.J. Economia Brasileira Contemporânea. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GUIMARAES, R.; SOUZA, L.E.P.F.; SANTOS, L.M.P. Ciência, Tecnologia e Pesquisa em saúde. In: GIOVANELLA L. et al (Org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. cap. 7, p.239-257.

IBGE. Conta-Satélite da saúde: 2007-2009. Contas Nacionais numero 37. Rio de Janeiro, 2012.

MALDONADO, J. et al. A dinâmica inovativa do subsistema de base mecânica, eletrônica e de materiais. Rev Saúde Pública, 2012; 46(supl):29-36.

MINISTÉRIO DA SAÚDEa - PORTAL DA SAÚDE. COMPLEXO INDUSTRIAL DA SAÚDE (2013). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1609>. Acesso em: 02 jul. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDEb - PORTAL DA SAÚDE. LABORATÓRIOS OFICIAIS. (2013). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=32478>. Acesso em: 28.out. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDEc - PORTAL DA SAÚDE. ASSISTENCIA FARMACÊUTICA.. (2013). Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/322/medicamentos.html>>. Acesso em: 28.out. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDEd - PORTAL DA SAÚDE BANCO DE PREÇOS EM SAÚDE. (2013). Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/banco> >. Acesso em: 04.dez. 2013.

NORONHA J.C.; LIMA L.D.; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 1.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. cap 12, p.435-472.

QUENTAL, C. et al. Medicamentos genéricos no Brasil: impactos das políticas públicas sobre a indústria nacional. Ciênc saúde coletiva, v. 13, n. supl, p. 619-628, 2008.

SANDRONI, P. Novo dicionário de economia. 8.ed. São Paulo: Best Seller, 1994.

SICSÚ, J.; DE PAULA, L.F.; MICHEL, R. Por que novo-desenvolvimentismo?. Revista de Economia Política, v. 27, n. 4, p. 507-524, 2007.

VARGAS, M. et al. Inovação na indústria química e biotecnológica em saúde: em busca de uma agenda virtuosa. Rev Saúde Pública 2012;46(Supl):37-40.

VIANA, A. L.A.; IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. Saúde, Desenvolvimento e Território. São Paulo: Hucitec, 2009.

VIANA, A.L.A. et al. Saúde e desenvolvimento: políticas públicas para o desenvolvimento em saúde no Brasil. In: ANDRADE, M.O.L et al (Org.). Conhecimento e inovação em saúde: experiência do Brasil e do Canadá. São Paulo (Campinas): Saberes, 2012. p. 29-67.

VIANA, A.L.A.; ELIAS, P.E.M. Saúde e desenvolvimento. Ciênc. saúde coletiva. 2007;12 (Supl.): 1765-1777.

8. ANEXOS

Anexo 1 - Preço unitário das aquisições do antirretroviral Etravirina 100mg realizadas em 2013.

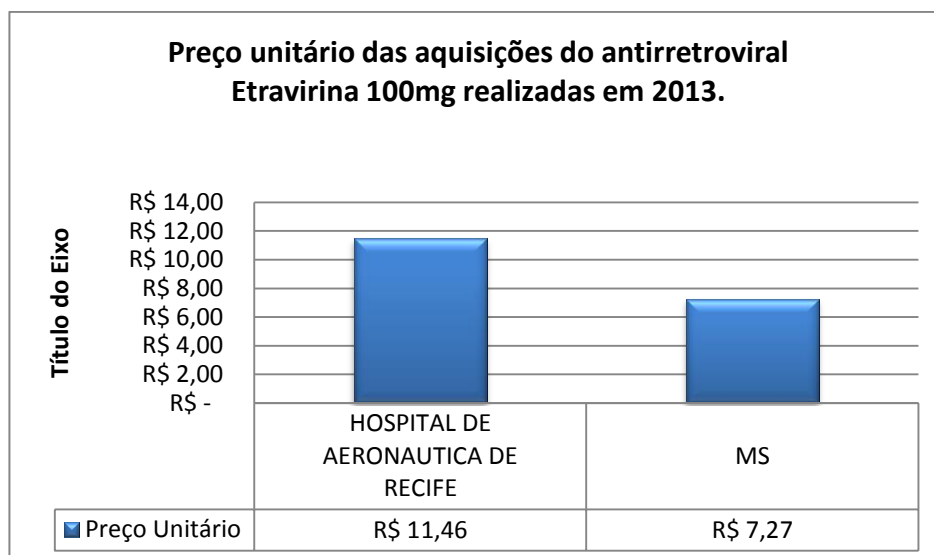


Gráfico 6 - Preço unitário das aquisições do antirretroviral Etravirina 100mg realizadas em 2013. Fonte: Elaboração própria.

Anexo 2- Preço unitário das aquisições do antirretroviral Indinavir 400mg realizadas em 2013.

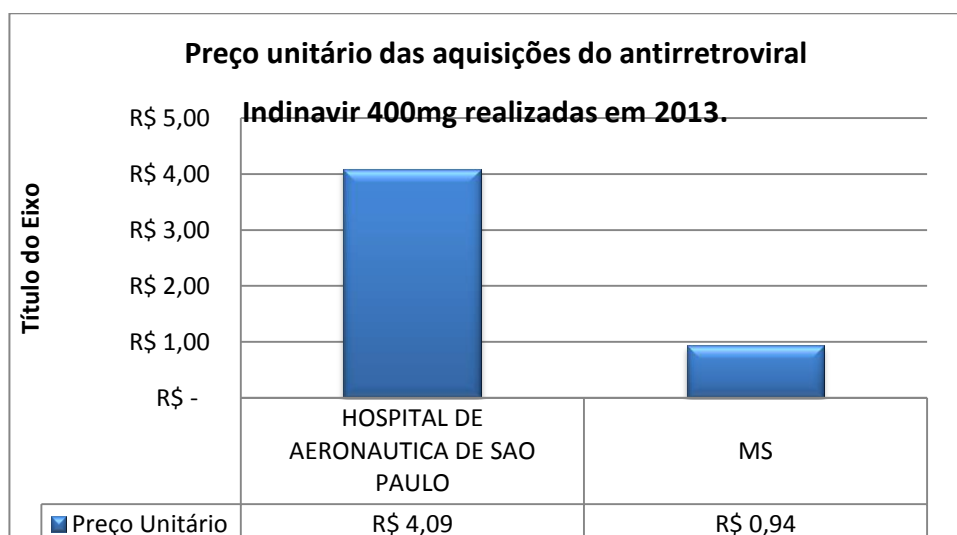


Gráfico 7: Preço unitário das aquisições do antirretroviral Indinavir 400mg realizadas em 2013. Fonte: Elaboração própria.

Anexo 3- Preço unitário das aquisições do antirretroviral Lamivudina 10mg/ml realizadas em 2013.

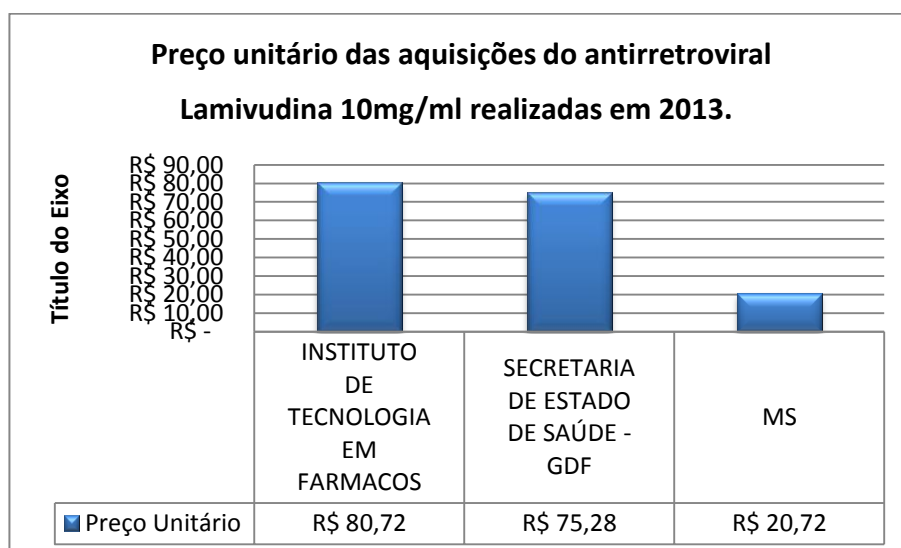


Gráfico 8: Preço unitário das aquisições do antirretroviral Lamivudina 10mg/ml realizadas em 2013. Fonte: Elaboração própria.

Anexo 4- Preço unitário das aquisições do antirretroviral Lamivudina 150mg realizadas em 2013.

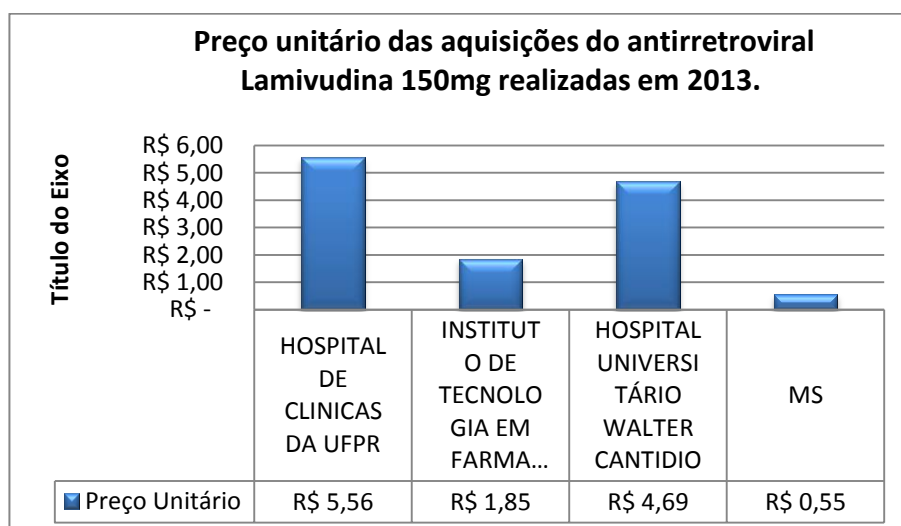


Gráfico 9: Preço unitário das aquisições do antirretroviral Lamivudina 150mg realizadas em 2013. Fonte: Elaboração própria.

Anexo 5- Preço unitário das aquisições do antirretroviral Liponavir 200mg + Ritonavir 50mg realizadas em 2013.

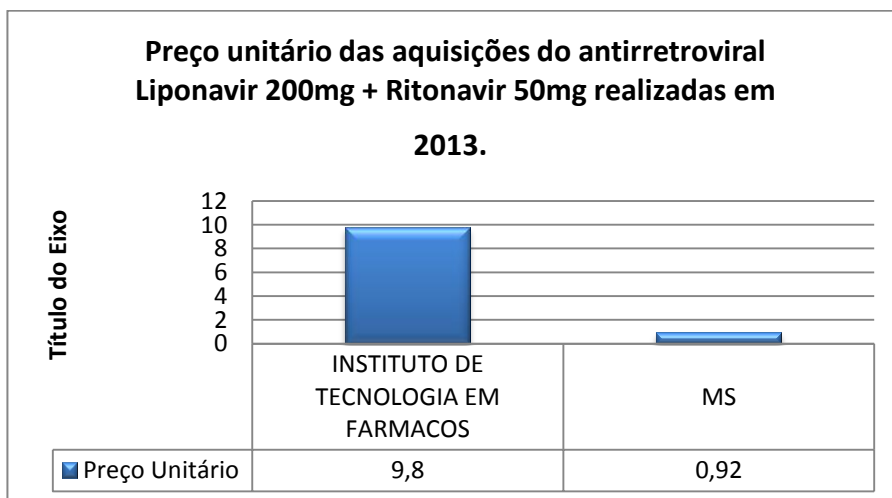


Gráfico 10: Preço unitário das aquisições do antirretroviral Liponavir 200mg + Ritonavir 50mg realizadas em 2013. Fonte: Elaboração própria.

Anexo 6- Preço unitário das aquisições do antirretroviral Neviparina 200mg realizadas em 2013.



Gráfico 11: Preço unitário das aquisições do antirretroviral Neviparina 200mg realizadas em 2013. Fonte: Elaboração própria.

Anexo 7- Preço unitário das aquisições do antirretroviral Efavirenz 200mg realizadas em 2013.

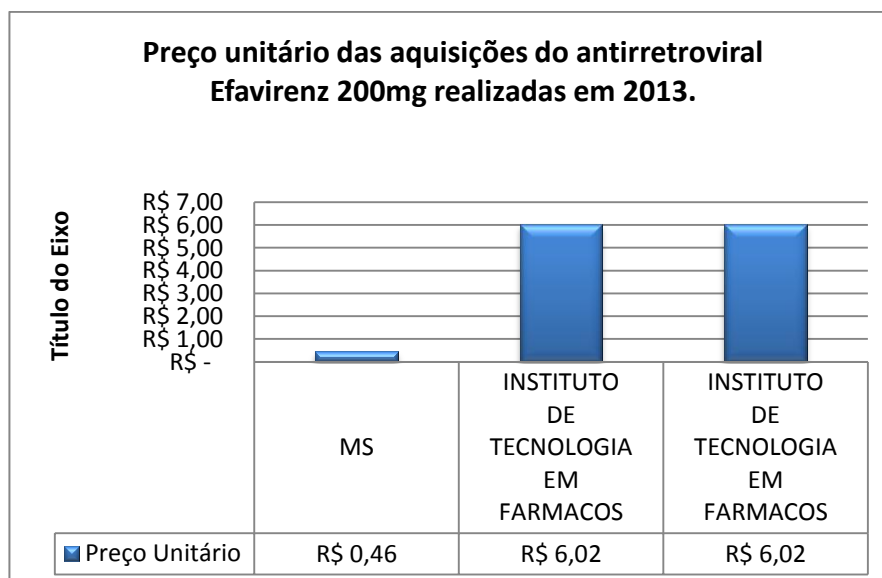


Gráfico 12: Preço unitário das aquisições do antirretroviral Efavirenz 200mg realizadas em 2013. Fonte: Elaboração própria.

Anexo 8- Preço unitário das aquisições do antirretroviral Ritonavir 100mg realizadas em 2013.

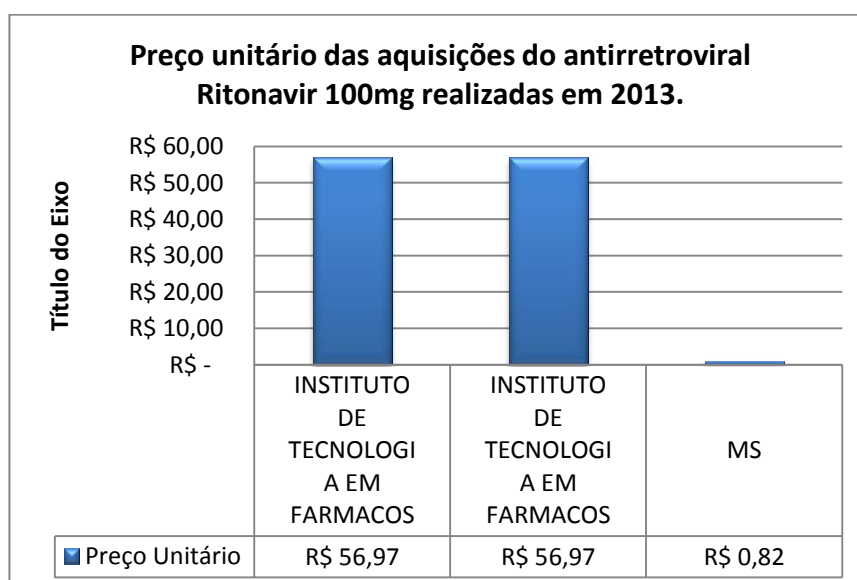


Gráfico 13: Preço unitário das aquisições do antirretroviral Ritonavir 100mg realizadas em 2013. Fonte: Elaboração própria.

Anexo 9- Preço unitário das aquisições do antirretroviral Tenofovir 300mg realizadas em 2013.

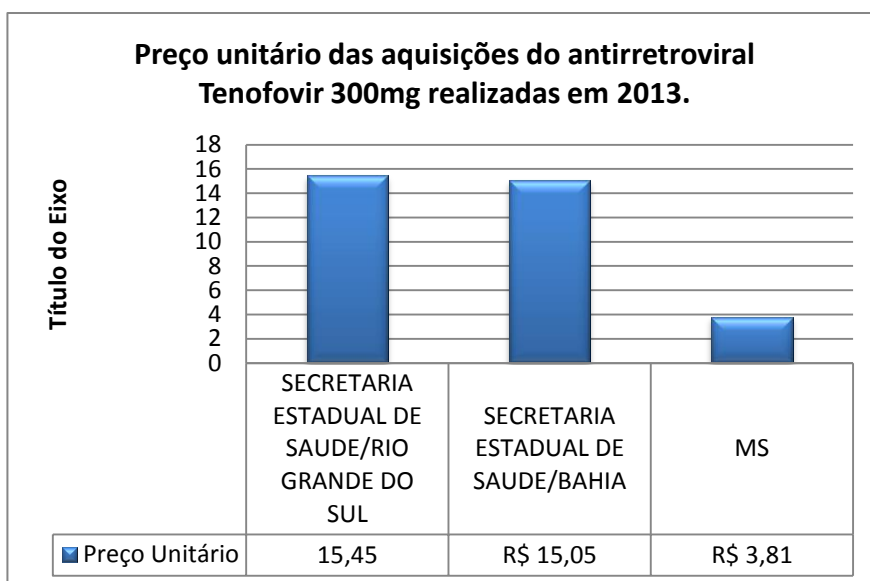


Gráfico 14: Preço unitário das aquisições do antirretroviral Tenofovir 300mg realizadas em 2013.Fonte: Elaboração própria.